Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

Rok VIII. Czerwiec 1936 Nr. 6

Pielęgniarka Polska Nr. 6

TREŚĆ:

L'Infirmière Polonaise Nr. 6

SOMMAIRE:

Adres Redakcji i Administracji:

Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Cena prenumeraty w Polsce:

przy opłacie zgóry za cały rok —

25% rabatu — 6 zł.

Rocznie 8 zł. Miesięcznie 70 gr. 2 Miesiące 1·40 zł.

Kwartalnie 2·00 zł.

W Ameryce rocznie 1½ dolara

We Francji „ 26 franków

Cena ogłoszeń ¼ str. 25 zł., ½ str. 40 zł., cała str. 60.

Konto P. K. O. 409.450.

Redakcja uprasza o nadsyłanie rękopisów czytelnych, najlepiej pisanych na maszynie. Rękopisów nie zwraca się.

Rok VIII Czerwiec 1936 Nr 6

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ I MARJI STAROWIEYSKIEJ

Ś. p. Prof. Dr. Wacław Jasiński

Dnia 17-go maja 1936 r. zakończył życie w wieku lat 54 Prof. Dr. Wacław Jasiński, dyrektor Kliniki chorób dziecięcych Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Ś. p. Zmarły był komandorem orderu Polonia Restituta, kawalerem Krzyża Niepodległości.

Ś. p. Prof. Jasiński objął Klinikę wileńską w roku 1922. Dzięki Jego pracy i inicjatywie powstała kolonja dla dzieci im. Jędrzeja Śniadeckiego w Druskienikach, którą w miesiącach letnich sam kierował. Szeregiem prac naukowych wzbogacił dorobek polskiej pedjatrji — nie doczekał się wydania I-go tomu Swojego podręcznika. Lecz oddanie nauce nie przesłaniało Mu nigdy cierpiącego człowieka. Chory — to nie był dla Niego interesujący przypadek, ale biedne, nieszczęśliwe dziecko. Stąd Jego wzruszająca troska o małych pacjentów, stąd dobroć dla ich rodziców. Pielęgniarki Kliniki dziecięcej na zawsze zachowają w pamięci Profesora, zjawiającego się wczesnym rankiem, przed asystentami, aby nie zwlekać z badaniem ciężko chorych dzieci. Zapamiętają, jak po obchodach, wykładach, egzaminach, po całej ciężkiej pracy lekarskiej i pedagogicznej, wracał jeszcze sam na sale, jak brał na ręce niemowlęta, bawił się, rozmawiał ze starszemi dziećmi.

Dla personelu lekarskiego był wyrozumiałym, dobrym przyjacielem, pełnym życzliwości i wyjątkowej skromności i prostoty. Do gabinetu Jego dostęp mieli stale wszyscy: lekarze, pielęgniarki, rodzice chorych dzieci.

Ś. p. Prof. Jasiński odnosił się do zawodu pielęgniarskiego z szacunkiem i zrozumieniem. Marzeniem Jego było otwarcie szkoły pielęgniarstwa w Wilnie.

Był członkiem Komitetu Redakcyjnego „Pielęgniarki Polskiej".

Redakcja

Pomoc w nagłych wypadkach

VII

Uszkodzenia klatki piersiowej i zawartych w niej organów

Uszkodzenia klatki piersiowej są zjawiskiem częstem. Bywają one różnorodne w zależności od siły, z jaką uraz bywa zadany. Mogą być uszkodzone powłoki skórne, mięśnie, żebra, mostek oraz organy wewnętrzne.

Praktycznie dzielimy uszkodzenia klatki piersiowej na takie, przy których uszkodzone zostały powłoki skórne, i takie, które powstały bez tego powikłania. I przy jednych i przy drugich mogą być, w zależności od siły i jakości urazu, uszkodzone organy wewnętrzne. Silne uderzenie pięścią, kamieniem, upadek klatką piersiową na krawędź wystającego przedmiotu, zgniecenie buforami, przejechanie, kopnięcie przez konia — oto są najczęstsze przyczyny powstawania uszkodzeń klatki piersiowej i zawartych w niej organów, bez uszkodzenia powłok.

Do najprostszych uszkodzeń klatki piersiowej należą stłuczenia powłok. Skóra wraz z tkanką podskórną oraz mięśniami, pokrywającemi klatkę piersiową stanowi dość cienką warstwę, która, w razie silnego uderzenia, zostaje zmiażdżona między narzędziem, zadającem uraz, a podłożem twardem, jaki stanowią żebra i mostek. Wskutek tych niesprzyjających warunków spotykamy często siniaki, większe podbiegnięcia krwawe, a nawet i uszkodzenia mięśni piersiowych, głównie dużych. Stłuczenie powłok klatki piersiowej charakteryzuje się rozlanym bólem. Ból ten uniemożliwia swobodne oddychanie, czasem każdy ruch szyją, ziewnięcie lub kichnięcie wywołują dotkliwy, przeszywający ból. Zwykle uszkodzenia te nie są groźne dla życia i prędko ustępują.

Doraźnie staramy się unieruchomić klatkę piersiową, bandażując dość ściśle okolicę dolnych żeber, oraz staramy się zmniejszyć możliwość powstawania większych wylewów, kładąc zimne okłady na miejsca stłuczone. Można do zwykłych wysychających okładów dodać łyżkę stołową octu zwykłego na litr wody. W razie bardzo dużych bólów można podać środki znieczulające. Zwykle wystarczają takie środki, jak aspiryna, piramidon, antipiryna, fenacetyna lub proszki, złożone z tych preparatów. A więc:

Rp. Pyramidoni 0,1
Antipyrini 0,2
Phenacetini 0,3
Coffeini n. benz. 0,06
M. D. S.

Rp. Aspirini
Phenacetini aa 0,3
Coffeini n. benz. 0,06
M. D. S.

lub z dodatkiem kodeiny o dawce 0,01 — 0,02 w celu złagodzenia odruchu kaszlowego:

Rp. Pyramidoni
Antipyrini
Phenacetini aa 0,2
Codeini phosph. 0,02
Coffeini natr. benz. 0,06
M. D. S.

Kofeinę dodajemy zwykle, aby pobudzić mięsień sercowy, ponieważ przy stłuczeniu klatki piersiowej może wystąpić w s t r z ą s o g ó l n y.

Wstrząs *(shock)* występuje zwykle przy bardzo silnych uderzeniach w okolicę mostka. (Tak zwane wstrząśnienie [*commotio*] klatki piersiowej.) Silne, a krótkie uderzenie może nie wywołać uszkodzeń ani żeber, ani wewnętrznych organów, jednak mogą zjawić się objawy silnego spadku ciśnienia krwi z małem i ledwie wyczuwalnem tętnem, omdleniem, oddechem powierzchownym i innemi objawami zapaści, jak ogólną bladością, zimnym potem na czole i twarzy.

Postępowanie będzie identyczne, jak i przy wstrząsach innego pochodzenia: A więc ułożymy chorego na ziemi, aby dać ośrodkom mózgowym jak najwięcej krwi, zastosujemy ciepły okład na serce, podamy środki nasercowe: jak kofeina w dawce 0,1, kamfora — 0,2 pod skórę; lub o ile krążenie obwodowe na tętnicy promieniowej jest bardzo słabe, można dać wprost do żyły takie środki, jak coramina, cardiazol lub polski stiminol w dawce 5 cm^3. Tak jak przy każdym wstrząsie, staramy się ogrzać cały organizm.

Objawy wstrząsu przy tak zwanem wstrząśnieniu klatki piersiowej zwykle ustępują albo same, albo przy naszej pomocy. Znane są jednak wypadki zejścia śmiertelnego wskutek odruchowego zatrzymania serca. Podczas gwałtownych zgnieceń klatki piersiowej podnosi się ciśnienie w układzie żylnym szyi i twarzy. Skutkiem takiego podniesienia ciśnienia następują drobne punkcikowe wylewy krwawe na skórze twarzy, śluzówek oraz spojówek, czasem może powstać krwawienie z nosa, a nawet z ucha, z pękniętych drobnych naczyń błony bębenkowej. Objawy te nie wymagają specjalnego leczenia, zwykle szybko mijają i nie są groźne dla życia, o ile przy zgnieceniu klatki piersiowej nie zostały uszkodzone narządy wewnętrzne.

Następnem uszkodzeniem, będzie u s z k o d z e n i e k o s t n y c h e l e m e n t ó w k l a t k i p i e r s i o w e j.

Z ł a m a n i e m o s t k a jest rzeczą naogół rzadką. Złamania te powstają wskutek urazu bezpośredniego, jak również zdarzają się przy urazach pośrednich. Zwykłe złamania mostka bywają powikłane jakiemś ciężkiem uszkodzeniem ciała, tylko w wyjątkowych wypadkach mogą być izolowane. Silne kopnięcie przez konia, uderzenie młotkiem, obuchem siekiery może wywołać złamanie z wgnieceniem odłamków. U małych dzieci złamania mostka nie zdarzają się zupełnie, elastyczność żeber na takie uszkodzenie nie pozwala. Im osobnik starszy, im twardsze i mniej elastyczne żebra, tem prędzej może powstać złamanie mostka. Pośrednie złamania zdarzają się przy nadmiernem zginaniu ciała. Przy skoku z wysokości i upadku na głowę ewentualnie na wyciągnięte ręce, dolne kończyny swym ciężarem zginają gwałtownie kręgosłup ku przodowi, a z nim dolną część klatki piersiowej, jako więcej ruchomą. U osób starszych powstają wówczas złamania mostka pośrednie. Opisane są również w literaturze przypadki złamań mostka przy ciężkim porodzie. Złamania mostka bywają często uwarunkowane złamaniami patologicznemi.

Rozpoznanie naogół trudności nie nastręcza. Przy bezpośrednich urazach stwierdzamy wgniecenia, przy pośrednich — rozstępy kości. Przy obmacywaniu stwierdzamy ból w ściśle określonych miejscach, tak zresztą jak i przy innych złamaniach. Większe podbiegnięcia krwawe spotykają się

rzadziej. Tarcie odłamków rzadko kiedy można obserwować, ponieważ złamania te bywają albo podokostnowe, albo też, w razie rozerwania okostnej, odłamki rozchodzą się bardzo znacznie.

Objawy subjektywne charakteryzują się trudnością oddychania z powodu bólów; w niektórych izolowanych rozerwaniach mostka, oprócz bólu na ucisk, inne dolegliwości mogą być znikome.

Jak już mówiłem, złamania mostka rzadko bywają nie powikłane innemi uszkodzeniami. W warunkach wypadku uwaga nasza zwrócona jest na te uszkodzenia, a więc na jednoczesne złamanie kręgosłupa, złamanie wielu żeber, złamanie kości czaszki, krwotoki do jamy opłucnej z powodu rozerwania tętnic sutkowych, międzyżebrowych, rozerwania płuc. Jeżeli jednak spotkamy się z izolowanem złamaniem mostka, dążyć będziemy do unieruchomienia odłamków przez unieruchomienie klatki piersiowej. Unieruchamiamy klatkę piersiową podobnie, jak i przy złamaniu żeber.

Następnem częstem uszkodzeniem jest złamanie żeber. Złamania te nie zdarzają się prawie zupełnie u dzieci. Im osobnik starszy, tem prędzej może u niego powstać złamanie. Doświadczenia na trupach wykazały, że u mężczyzny 30-letniego dopiero obciążenie 200-tu kg. wywołało złamanie; u 82-letniej staruszki wystarczyło już 40 kg. Jest opisany przypadek przejechania przez karetę z 5-ciu osobami dwuletniego dziecka, któremu koło przeszło przez klatkę piersiową — bez wywołania złamania żeber. Przyczyną złamania żeber bywa zwykle uraz zewnętrzny, dużo rzadziej nagły skurcz mięśni, np. przy kaszlu lub wymiotach. W tych ostatnich przypadkach zwykle mamy do czynienia z większą kruchością kości z powodu zmian chorobowych w samem żebrze. Siła urazu zewnętrznego, powodująca złamanie żebra, może być bezpośrednią, jak i pośrednią. Przy bezpośrednim urazie żebro wygina się do wewnątrz. Pęka początkowo wewnętrzna blaszka, a później zewnętrzna. Możnaby porównać złamanie żebra powstałe od urazu bezpośredniego ze złamaniem kija na kolanie. (Ryc. 1).

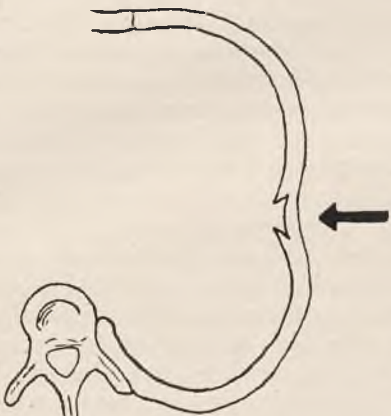
Przy urazach pośrednich, jak to zgniecenia klatki piersiowej, siła działająca ma zastosowanie na końce żeber, żebro wygina się nazewnątrz i łamie się wpierw blaszka zewnętrzna, później — wewnętrzna. (Ryc. 2).

Czasem przy urazach pośrednich może powstać złamanie w kilku miejscach. Zwykle powstaje t. zw. odłamek pośredni. Porównać te złamania można do złamania kija, zginanego za obydwa końce. O ile żebro przy urazach bezpośrednich pęka zawsze w miejscu zastosowania siły, to w urazach pośrednich łamie się zwykle tuż przy mostku lub przy kręgosłupie.

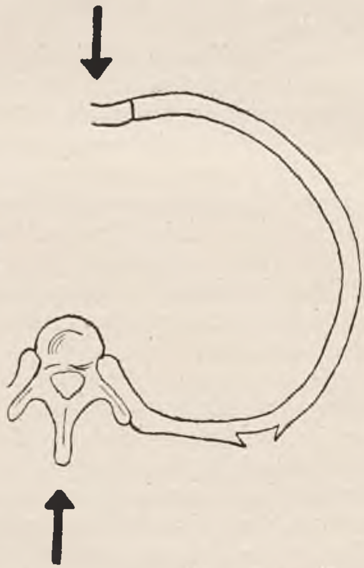
W zależności od siły urazu, bywają złamania pojedyńczych żeber i złamania wielu żeber, złamania całkowite i niecałkowite. Najczęściej łamie się VII żebro, poza tem IV, V i VI. Izolowanego złamania I żebra, dotąd nieobserwowano.

Dzięki swej elastyczności, żebra często łamią się niecałkowicie. Złamania te bywają zwykle skośne. Całkowite złamania najczęściej bywają poprzeczne. Dawniej uważano, że w złamaniach izolowanych odłamki żeber nie mogą się przemieszczać. Dziś eksperymentalnie na trupach udowodniono, że jednak przemieszczenia następują, nie mówiąc już o złamaniach, kiedy powstaje kilka odłamków. W złamaniach wielu żeber przemieszczenia powstają z reguły.

Przy każdem złamaniu żeber trzeba się liczyć z możliwością uszkodzenia organów wewnętrznych klatki piersiowej i brzucha. W pewnej liczbie przypadków złamanie żebra jest tylko objawem silnego uszkodzenia klatki piersiowej. Dupuytren opisał przypadek wbicia odłamka żebra do serca. Inni autorzy opisali przypadki rozerwania tętnicy międzyżebrowej z zejściem śmiertelnem. Częstem powikłaniem złamania wielu żeber jest uszkodzenie opłucnej, płuc, naczyń płucnych i tętnic ściany klatki piersiowej z ich skutkami: odmą podskórną, odmą opłucnową i wylewem krwawym do jamy opłucnej. Uszkodzenia innych organów, jak serca, przepony, wątroby, śledziony i nerek, które się spotykają jednocześnie ze złamaniem wielu żeber, są zwykle skutkiem ciężkiego urazu, a złamania są tylko zjawiskiem towarzyszącem.



Ryc. 1



Ryc. 2

O d m a p o d s k ó r n a jest to nagromadzenie się powietrza pod skórą. Przy zamkniętych złamaniach żeber zjawisko to występuje wskutek rozerwania płuca przez żebro. Najczęściej mechanizm powstania odmy podskórnej przy złamaniu żeber jest następujący: Odłamek żebra rozrywa płuco w miejscu zrostu opłucnego, powietrze przenika bezpośrednio pod skórę przy każdym mocnym wydechu. Możliwym jest i inny mechanizm: żebro, przebijając płuco, jednocześnie utrzymuje ranę płuca przy ranie opłucnej ściennej, umożliwiając przedostawanie się powietrza wprost pod skórę. W przypadkach, kiedy płuco jest wolne, powstaje najpierw odma opłucnowa, a później dopiero odma podskórna. Przy całkowitem zarośnięciu jamy opłucnej odma podskórna może zająć ogromne przestrzenie skóry, powietrze może przeniknąć do tkanki podopłucnowej, dostać się do śródpiersia i wywołać ucisk na serce i duże naczynia. Przy wolnem płucu takie niebezpieczeństwo zwykle nie grozi, gdyż odma opłucnowa całkowicie zgniata płuco i zamyka ranę płuca. Odma podskórna najczęściej powstaje przy złamaniach

żeber, spowodowanych bezpośrednim urazem. Odma podskórna sama przez się nie jest groźnem zjawiskiem i, jeżeli powietrze nie dostaje się do śródpiersia, nie wywołuje ciężkich zaburzeń.

O d m a o p ł u c n o w a jest zjawiskiem dużo groźniejszem. Jeżeli drugie płuco jest chore, lub też poszkodowany jest osobnikiem starszym, drugie płuco może nie być w stanie wziąć na siebie roli zastępczej. Jednocześnie mogą zjawić się objawy ze strony uciśniętego i przemieszczonego przez powietrze serca. Zwykle odma opłucnowa zjawisk tych nie wywołuje, ilość powietrza, dostającego się do jamy opłucnej bywa ograniczona wskutek zamknięcia się otworu w zranionem i jednocześnie uciśniętem płucu. Początkowo objawy odmy opłucnowej mogą być groźne. Zjawia się sinica, oddech staje się częsty i powierzchowny, tętno małe i częste. Jednak te groźne objawy trwają krótko i po kilkunastu godzinach chory czuje się znów dobrze.

W przypadkach zranienia płuca przez odłamek żebra, następuje jednoczesne w y l a n i e s i ę k r w i d o j a m y o p ł u c n e j. Wylew ten zwykle bywa nieduży, wskutek rychłego ucisku płuca przez odmę. W rzadkich przypadkach rozerwania tętnic międzyżebrowych, krew może gromadzić się w dużej ilości i dawać objawy uciskowe, a więc duszność, tętno przyśpieszone i małe. Zjawia się omdlenie oraz inne objawy krwotoku wewnętrznego do otwartych jam ciała. Krwotoki takie mogą się skończyć zejściem śmiertelnem.

Objawy kliniczne, występujące przy złamaniach żeber są czasami tak wyraźne, że rozpoznanie może zrobić każdy laik; w pewnej liczbie przypadków są one tak niejasne, że dla rozpoznania trzeba badania bardzo dokładnego. Ogólnym objawem dla wszystkich złamań żeber jest silny ból, występujący w miejscu złamania, zwiększający się przy kaszlu, kichaniu i każdym ruchu klatką piersiową. Ból ten jest bardzo dotkliwy i zawsze ściśle zlokalizowany. Jednym ze stałych objawów złamania żebra jest tak zwany ból na odległość: jeżeli ugniatamy złamane żebro w okolicy mostka lub też sam mostek, występuje ból w miejscu złamania, a nie ucisku. Przy niepełnych złamaniach żeber jest to jedyny pewny sposób rozpoznania. Przy pełnych złamaniach możemy jeszcze stwierdzić przemieszczenie i wyczuć tarcie odłamków. Jeżeli mamy do czynienia ze złamaniem żebra w kilku miejscach, to można obserwować i deformację klatki piersiowej.

Zjawisko odmy podskórnej, o ile nie mamy rany skórnej, jest dowodem nietylko złamania żebra, ale również jednoczesnego uszkodzenia płuca. Charakterystycznym objawem odmy podskórnej jest obrzęk, który pod uciskiem trzeszczy podobnie do zgniatanego śniegu.

Przy dużych wylewach krwawych i odmie podskórnej ustalenie, które żebro jest złamane, jest rzeczą trudną, najlepiej wówczas próbować ucisku na odległość. Stwierdzić tarcie odłamków najlepiej udaje się, przykładając dłoń do klatki piersiowej w miejscu bólu podczas oddychania. Można czasami usłyszeć suchy ostry trzask przez słuchawkę, przyłożoną do miejsca złamania. Zjawiska odmy opłucnej i wylewu krwawego do jamy opłucnej nie są absolutnemi objawami złamania żeber, mogą występować i bez uszkodzeń żeber.

Co się tyczy p o s t ę p o w a n i a p r z y z ł a m a n i a c h ż e b e r to dążyć będziemy, jak i przy innych złamaniach, do unieruchomienia

odłamków. Kwestja nastawienia jest w warunkach wypadku rzeczą niemożliwą, w szpitalu raczej mogą powstać wskazania do usunięcia znacznie przemieszczonego żebra, niż jego nastawienia. Unieruchamiamy obecnie złamane żebra według ogólnie już dzisiaj przyjętego sposobu, a mianowicie sposobu, opisanego przez Boehlera. Boehler słusznie wychodzi z założenia, że klatka piersiowa stanowi czynnościowo jedną całość. Dobre unieruchomienie klatki piersiowej nietylko znosi bóle, ale jednocześnie uniemożliwia uszkodzenie wewnętrznych organów przez odłamki żeber.

Technika jest bardzo prosta. Choremu każemy kilka razy głęboko odetchnąć, następnie na szczycie wydechu zakładamy plaster szerokości 10 cm. dookoła klatki piersiowej na wysokości dolnych żeber, jako najwięcej ruchomych. Chory wówczas, mając skrępowaną klatkę piersiową, zmienia przymusowo typ oddechu z piersiowego na brzuszny. Ulga następuje momentalnie.

W razie złamania górnych żeber lub mostka, dodajemy jeszcze do okrężnego plaster pionowy przez chorą stronę na ramię, aby uniemożliwić ruchy żeber, które mogłyby powstać przy podnoszeniu ramienia. Można zamiast plastra używać bandaża, jednak bandaż łatwo się obsuwa i wówczas nie osiąga celu.

Złamanie chrząstek żebrowych jest zjawiskiem nader rzadkiem, zdarza się głównie u osób po 40-tym roku życia.

W literaturze jest jednak opisany przypadek złamania chrząstek u chłopca lat 17 (Malgaigne). Przyczyny złamań chrząstek są te same, co złamań żeber. Tak samo jak złamania żeber, mogą być całkowite i niepełne, mogą być pojedyńcze i mnogie, wywołane przez uraz bezpośredni i pośredni. Przemieszczenia występują z reguły. Najczęściej odłamek mostkowy jest skierowany ku przodowi. Najczęściej łamie się chrząstka VIII-go żebra, potem VII. IX i X. Chrząstki górnych żeber i dwóch dolnych prawie nigdy nie ulegają złamaniu. Objawy złamania chrząstek żeber są te same, co i przy złamaniach samych żeber, jednak nigdy nie udaje się wyczuć tarcia odłamków, ponieważ te ostatnie są zawsze gładkie. Postępowanie jest identyczne, jak i przy złamaniach żeber.

Kilka słów należy poświęcić zwichnięciu żeber. Zjawisko to jest rzadkie. Żebra mogą się zwichnąć w stawach kręgowych, w połączeniu z mostkiem i w stawach międzychrząstkowych. Zwichnięcia w stawach kręgowych należą do wyjątkowych rzadkości, najczęściej bywają one powikłane złamaniem kręgosłupa oraz samego żebra. Są zwykle następstwem bardzo ciężkiego urazu. Rozpoznanie izolowanego takiego zwichnięcia jest możliwem głównie na zdjęciu rentgenowskiem. Poza tem według Kennedy'ego objawy są następujące: deformacja, ból miejscowy, ból przy ucisku na odległość, ból przy oddychaniu. Postępowanie: absolutny spokój i unieruchomienie klatki piersiowej.

Zwichnięcie w stawie przymostkowym jest zjawiskiem nieco częstszem. Przyczyny i objawy — jak przy złamaniach chrząstek, z tą różnicą, że żebro najczęściej bywa zwichnięte ku przodowi i zachodzi na mostek. Nastawienie takiego zwichnięcia jest rzeczą prostą. Na szczycie wdechu należy ucisnąć żebro. Następuje momentalne nastawienie. Utrzymanie jednak takiego zwichniętego żebra jest rzeczą bardzo trudną i zwykle się nie udaje. Unieru-

chamia się jak i przy złamaniach żeber całą klatkę piersiową. Najczęściej ulega zwichnięciu IV żebro, później V, VI i II-gie.

Stłuczenia i rozerwania płuc i opłucnej przy urazach bez uszkodzenia samej klatki piersiowej zdarzają się częściej. niż wykazują to statystyki. Uszkodzeniom tym podlegają głównie osobnicy młodzi z elastyczną klatką piersiową. Mechanizm powstania tego uszkodzenia jest bardzo prosty. Przy silnem uderzeniu w klatkę piersiową i jednoczesnem zamknięciu szpary głosowej elastyczne żebra i mostek, gwałtownie wyginając się, naciskają na płuca, napełnione powietrzem. Płuca pękają. jak worek wypełniony powietrzem. Pęknięciu płuc sprzyja stan chorobowy w jakich się płuca często znajdują, a więc przekrwienie u pijaków, przewlekłe stany zapalne, gruźlica i t. d.

Anatomja patologiczna tych uszkodzeń jest następująca: W przypadkach najlżejszych występują tylko wybroczyny podopłucnowe; w średnich bywają rozerwane większe naczynia; krew zbiera się w tkance płucnej *(apoplexia pulmonum);* w najcięższych tkanka płucna wraz z oskrzelami, dużemi naczyniami bywa zmiażdżona. Że takim uszkodzeniom może towarzyszyć odma opłucnowa, czasem odma podskórna i wylewy krwawe do jamy opłucnej — jest rzeczą zrozumiałą.

Klinicznie możnaby podzielić uszkodzenia płuc na dwa stopnie: postać lekką i ciężką. W lekkiej postaci jedynym objawem będzie krwioplucie. Jeżeli krwioplucie jest nieznaczne, lub jeżeli przeoczymy ten objaw, to zwróci naszą uwagę suchy kaszel i duszność. Przy dokładnem badaniu można wtedy stwierdzić krew w jamie opłucnowej lub odmę. W ciężkiej — rozpoznanie nie jest trudne. Na pierwszy plan występuje wstrząs. Drugim objawem stałym będzie wypluwanie jasnej i pienistej krwi. Czasem mamy do czynienia z krwotokiem płucnym. Stałem powikłaniem tego ciężkiego uszkodzenia jest wylew krwawy do jamy opłucnowej. Odma podskórna występuje prawie zawsze. Choremu z rozerwaniem płuca należy zapewnić absolutny spokój, układając go w półleżącej pozycji.

Dr. A. Jokiel

Lotna służba pielęgniarek
w Stanach Zjednoczonych i w Kanadzie oraz możliwość zastosowania jej u nas

Lotne poradnie, zwłaszcza opieki nad matką i dzieckiem są zorganizowane powszechnie w Stanach Zjednoczonych i w Kanadzie, obejmując terytorja poza wielkiemi miastami. Gęstość zaludnienia jest tu nieznaczna, a często wręcz skąpa. Ludność skupia się w farmach, odległych jedna od drugiej od kilku do kilkudziesięciu kilometrów, zależnie od Stanu. Kraje te są jednak zmotoryzowane i posiadają bardzo dobre drogi. W niektórych okolicach, szczególnie rzadko zaludnionych i ubogich, jak pasy podgórskie i górskie, rezerwaty dla Indjan, lub północna część Kanady, trzeba używać specjalnych środków komunikacyjnych, jak łodzi, konia pod wierzch latem, nart lub sanek, ciągniętych przez psy zimą, a na niektórych odcinkach — własnych nóg.

Opiszę pracę w jednym ze Stanów, według mojej obserwacji. Stan Wisconsin tak, jak wszystkie inne, posiada wydział zdrowia, obejmujący 1) statystykę, 2) choroby zakaźne (zapobieganie, walkę i t. d.), 3) dział sanitarny, 4) dział lecznictwa, 5) zdrowia publicznego, obejmujący opiekę nad matką i dzieckiem, walkę z gruźlicą, z chorobami wenerycznemi i pielęgniarstwo społeczne.

Poszczególni referenci działu zdrowia publicznego ustalają wytyczne postępowania, koordynują pracę, propagują wśród ludności ideę higjeny zapobiegawczej i zachęcają samorządy do tworzenia instytucyj tego typu. Najliczniejszy jest personel działu pielęgniarstwa społecznego, prócz bowiem opracowywania metod pracy i postępowania, referentki jego roztaczają nadzór nad pielęgniarkami z terenu.

Stan Wisconsin nie posiada jakiejś całej sieci lekarzy powiatowych. Jak wszędzie w Ameryce, także i tu, w sprawach zdrowia niema przymusu, jest tylko dobra wola, obowiązkowość i służba społeczna, płynąca z uświadomienia ludności. Dlatego tu i ówdzie, o ile jakiś powiat, gmina, czy miasto uważa, że potrzebny jest lekarz, dla nadzoru i koordynacji pracy angażuje go, jako t. zw. urzędnika zdrowia.

Najczęściej jednak, zamiast lekarza powiatowego, samorządy angażują pielęgniarkę powiatową. Ma ona swój pokój do pracy w urzędzie powiatowym (starostwie), w którym przechowuje materjał propagandowo-sanitarny, oraz wszystko, co potrzebne do urządzenia stacyj lotnych i do udzielenia pierwszej pomocy. Cały ten ekwipunek jest kosztowny, materjał jałowy nie może być zakażony — z tych powodów pielęgniarka wychodząc, zamyka pokój na klucz, sprzątać pozwala tylko w swojej obecności, a kurze wyciera sama.

Pielęgniarka powiatowa 3—4 razy na tydzień przebywa w biurze od rana do godz. 10, lub 10.30. W inne dni (o ile przed południem zajęta jest w terenie) wpada o ustalonej godzinie po południu. W tym czasie przyjmuje telefoniczne zgłoszenia z terenu lub rozkazy z centrali, interesantów, przegląda pocztę, układa plan pracy lub robi sprawozdania. Do jej obowiązków należą wywiady u rodzin w wypadkach raportów chorób zakaźnych (zawiadomienia od lekarzy prywatnych, ze szkół lub wydziału zdrowia), higjena szkolna w szkołach powszechnych, parafjalnych i niższych klasach

publicznych szkół średnich (przeglądy czystości, pogadanki, pomoc lekarzowi przy badaniach i szczepieniach, wywiady), obecność i pomoc przy badaniach we wszystkich lotnych poradniach, w razie potrzeby udzielanie pierwszej pomocy, oraz pomoc pielęgniarska biednym chorym i położnicom, korzystającym z opieki lekarskiej na koszt gminy, o ile w danej miejscowości nie zrobiono innego układu.

W powiecie żadnego stałego Ośrodka Zdrowia niema.

Do walki z gruźlicą i chorobami wenerycznemi służą ambulatorja w miejscowych szpitalach, które dają schronienie w pewnych godzinach i dniach poradniom przeciwgruźliczym i przeciwwenerycznym.

Mówiąc o służbie zdrowia w Stanach Zjednoczonych, nie należy zapominać o lekarzu praktyku. Każda rodzina ma swego domowego lekarza, z własnej woli oczywiście obranego, któremu za usługi płaci, zależnie od umowy i swych możliwości płatniczych. Ten właśnie lekarz kieruje pacjenta do specjalisty lub do szpitala. Zatem zawsze pierwsze pytanie, skierowane do pacjenta jest: „kto jest pańskim lekarzem domowym i czy to on pana tu skierował? (czyli zgodził się na przyjście pacjenta do danej instytucji lub innego lekarza)“. Ambulatorja prywatnych i publicznych szpitali są zawsze przeznaczane tylko dla osób niezamożnych, t. j. takich, których nie stać na opłacenie lekarza. Chwilowe trudności finansowe pacjenta nie są brane pod uwagę, bo lekarz niejednokrotnie czeka z rachunkiem, aż warunki pacjenta się poprawią i nie odmawia pomocy.

W akcji przeciwgruźliczej zrobiono układ z lekarzami - praktykami w tym sensie: lekarz swego pacjenta skierowuje do poradni przeciwgruźliczej, korzystającej najczęściej z gościny ambulatorjum szpitalnego, — z kartką, że prosi n. p. o diagnozę i prześwietlenie. Leczenie zaś będzie prowadził sam, chyba, że przekazuje swego pacjenta całkowicie poradni przeciwgruźliczej. W obu wypadkach pacjent zostaje zarejestrowany i pielęgniarka odwiedza go w domu, udzielając rad w kwestji jego zachowania się i higjeny osobistej i otoczenia, oraz pilnuje, aby regularnie chodził do lekarza (prywatnego lub do poradni) i ściśle spełniał jego zlecenia. Kontakty są kierowane albo do prywatnego lekarza, albo do poradni.

Pielęgniarka powiatowa jest obecną w poradni przeciwgruźliczej podczas przyjęć (o ile poradnia ta nie należy do instytucji, posiadającej własne pielęgniarki); przyjęcia odbywają się zwykle raz na tydzień w ciągu 1½ — 2 godzin, albo czasem raz na dwa tygodnie w ustalonym dniu i godzinach. (Zaznaczam, że mówię ciągle o pracy pielęgniarki powiatowej w okolicach rolniczych o ludności rozprószonej). Lekarz przychodzi bardzo punktualnie, pacjenci także, bo wiedzą, że inaczej nie otrzymaliby porady przed upływem dwu tygodni lub miesiąca. Ciężar pracy w poradni jest przerzucony na pielęgniarkę — jej zadaniem jest sprowadzić pacjenta, a potem znaleźć środki dla zastosowania rad lekarza. Lekarz poradni, o ile to możliwe — specjalista, a conajmniej dobry internista, często pracuje honorowo. Odmy sztuczne są uzupełniane, ale w oddzielnych godzinach, bądź w ambulatorjum, (wtedy jedna z pielęgniarek szpitala pomaga lekarzowi), bądź u lekarza poradni w jego gabinecie prywatnym, (pomaga wówczas jego pielęgniarka - asystentka). W każdym wypadku karty wracają do pielęgniarki powiatowej.

Poradnię przeciwgruźliczą można więc też nazwać lotną: może ona funkcjonować raz lub dwa razy tygodniowo za każdym razem w innej miejscowości (przy innym szpitalu lub prywatnem ambulatorjum) i z innym lekarzem. Tylko pielęgniarka jest zawsze ta sama i ona jest stałym łącznikiem. Oczywiście dani chorzy przychodzą zawsze do tej samej miejscowości w oznaczone dni. Pielęgniarka przywozi kartotekę, sprawozdania, materjał propagandowy i ekwipunek poradniany: prześcieradła, słuchawki lekarskie, termometry, aparat do mierzenia ciśnienia krwi, odczynniki dezynfekcyjne, spluwaczki kieszonkowe, słoiki do próbek plwociny. Na miejscu, korzystając z urządzenia ambulatorjum ogólnego, znajduje wagę osobową i miarę wzrostu oraz normalne urządzenie gabinetu i poczekalni.

W walce z chorobami wenerycznemi lekarze prywatni podają dane liczbowe Stanowemu Wydziałowi Zdrowia, dla celów statystycznych. Wydział Zdrowia uświadamia lekarzy i publiczność co do konieczności badania kontaktów i ewentualnego ich leczenia. W ambulatorjach szpitalnych czy prywatnych lub w specjalnych poradniach odbywa się to samo. Pielęgniarka powiatowa jest z temi instytucjami w ścisłym kontakcie, choć najczęściej nie pracuje sama w poradni przeciwwenerycznej. Otrzymuje jednak wykazy osób leczonych, zlecenia wywiadów w wypadkach trudnych, czy opornych, wyniki leczenia. Skierowuje osoby podejrzane.

W akcji h i g j e n y s z k o l n e j pielęgniarka powiatowa ustala z poszczególnemi szkołami, ile razy do roku lub w jakich dniach miesiąca będzie w szkole, (czwartek, czy inny dzień po 1 i 15 każdego miesiąca lub inaczej), dla regularnych oględzin dzieci. Dla badania dzieci w szkołach wykorzystuje się lekarzy miejscowych. Czyli lekarz miejscowości, gdzie jest szkoła, lub najbliższej, ofiarowuje kilka godzin swego czasu, zwykle na początku i końcu roku szkolnego. Na oznaczony dzień pielęgniarka przywozi karty i potrzebny ekwipunek do szkoły wyznaczonej i tu odbywają się badania dzieci nowowstępujących, czy kończących. Do współpracy wciąga się nauczycielstwo i rodziców dzieci. Nacisk postawiony jest na poprawę defektów: plombowanie zębów, kupno szkieł w wypadku krótkowzroczności, leczenie, czy usunięcie migdałków, adenoidów, dożywianie, gimnastykę leczniczą i t. p. Zwykle pielęgniarka z nauczycielkami sporządzają listy dzieci z brakami i nauczycielka dopilnowuje wykonania zleceń przez rodziców. O ile ci nie mają pieniędzy, stowarzyszenie nauczycielsko-rodzicielskie przy szkole lub inne organizacje, przychodzą z pomocą. Pielęgniarka często jest łącznikiem między organizacjami, a podczas swych wizyt w szkole sprawdza postępy poprawy. Także robi wywiady u rodzin opornych w porozumieniu z nauczycielką. Podczas swych ustalonych odwiedzin w szkole, poza badaniami, pielęgniarka robi przeglądy czystości, odbywa pogadanki, a także, zauważywszy nowe braki lub pogorszenie w zdrowiu dzieci, skierowuje je do ich domowego lekarza i dopilnowuje rodziców. O ile dziecko wymaga dłuższego leczenia lub zabiegów, pielęgniarka czyni odpowiednie kroki. Ze swej strony każda szkoła zawiadamia natychmiast pielęgniarkę o zachorowaniu dziecka na chorobę zakaźną. O ile dziecko nie zgłosi się do szkoły przez 3 dni, nie powiadomiwszy nauczycielki o przyczynie, pielęgniarka jest powiadomiona przez szkołę i jedzie wyjaśnić sprawę. W wypadku chorób zakaźnych meldunki nietylko wpływają ze szkół, ale i od sołtysów. Pielęgniarka musi objechać wskazane rodziny i często

odbyć dodatkowe przeglądy w szkołach, aby się zorjentować, czy niema w klasie dzieci w okresie wylęgania choroby. Daje wskazówki nauczycielstwu i poucza dzieci, jak się mają zachowywać.

Szczepienia ospy, dyfterytu i szkarlatyny, jakoteż stosowanie odczynów kontrolnych (Dicka, Shicka i Mantoux) odbywają się najczęściej w szkołach, w sali gimnastycznej lub pustej klasie w godzinach rannych; w szkołach jednoizbowych — po skończonych lekcjach. Miejscowy lekarz znów umawia się z pielęgniarką powiatową, która przywozi szczepionki, strzykawki. igły i t. d.; lekarz szczepi, a pielęgniarka sterylizuje narzędzia i kieruje ruchem chorych. Prócz dzieci szkolnych szczepione są wszystkie inne, potrzebujące szczepienia, przedewszystkiem niemowlęta. Tak samo odbywa się sprawdzanie odczynami kontrolnemi. Rezultaty najczęściej odczytuje pielęgniarka, w wypadku wątpliwym — lekarz. Szczepienia w Stanach Zjednoczonych nie są przymusowe, nawet — ospy.

Teren szkoły bywa wyzyskany niejednokrotnie dla siedziby l o t n y c h p o r a d n i o p i e k i n a d m a t k ą i d z i e c k i e m, o których mówię poniżej.

W mieście powiatowem, a także i w innych większych miasteczkach powiatu istnieją przeważnie poradnie stałe, prowadzone, tak jak przeciwgruźlicze lub przeciwweneryczne, przez właściwe organizacje (w tym wypadku przez Amerykańskie Towarzystwo Opieki nad Dzieckiem, oddział Stanu Wisconsin). W poradniach takich pielęgniarka powiatowa już nie pracuje sama, a jedynie z niemi współpracuje.

W osiedlach mniejszych o ludności nielicznej i rozprószonej są zorganizowane poradnie lotne. Tworzenie poradni lotnych wypływa z przeświadczenia, że taniej i oszczędniej jest, aby jedna lub dwie osoby odbyły raz lub dwa razy w miesiącu drogę do oddalonej miejscowości, niż, aby cała ludność tej właśnie miejscowości przebywała 30—40 klm. do miasta. Tem więcej. że lekarz i pielęgniarka mają środki komunikacyjne (samochód), a miejscowi farmerzy często go nie posiadają.

Poradnia taka korzysta z lokalu szkoły, albo domu ludowego, lub wreszcie prywatnego mieszkania. Przyjęcia odbywają się raz lub 2 razy na tydzień, a nawet raz w miesiącu.

Opisuję według tego, co widziałam.

Z miejscowości Freedom, pow. Appleton przyjęcia odbywają się w sali klubowej domu ludowego. Jest to hala z 10 — 12 metrów długa, ze 6 m. szeroka; w sali stoją ławy i stoły (proste krzyżaki). Na 6 stołach pielęgniarka kładzie po 2 materacyki ze słomy. powleczone białym pokrowcem z ceratką na wierzchu; między materacami — papier do podkładania na ceratkę, osobny dla każdego dziecka. Pod stołem — kosz do śmieci na brudne papiery. Ławki pod ścianami. W końcu sali, jak najdalej od wejścia, część sali oddzielona jest parawanami. Za pierwszym parawanem — stolik dla lekarza i 2 krzesła. Na jednym końcu stołu lekarskiego umieszczony jest materacyk dla badanego dziecka, dalej — miejsce do pisania. (Używa się wiecznych piór. więc niema obawy, aby się rozlał atrament). Za drugim parawanem — znów stolik i 2 krzesła; na stoliku materjał propagandowy: skrzyneczka z ulotkami, próbki jarzyn, kasz, wzory ekwipunku dla dziecka i matki, (tacka do kąpieli niemowlęcia, tacka do obmywania brodawek itd.); wzory ubranka dziecięcego, pościeli, pasów i staniczków dla matki przymocowane są na arkuszach do ściany i parawanu. Pielęgniarka tłumaczy

matce zlecenia lekarskie i odbywa pogadankę higjeniczną na wybrany temat, demonstrując omawiane czynności, czy przedmioty. Prócz lekarza pracowały 2 osoby: pielęgniarka powiatowa odbywała pogadanki i przyjmowała nowe dzieci, a 16-letnia córka miejscowego pastora ważyła i mierzyła dzieci, zapisywała wyniki na kartach i kierowała ruchem matek do lekarza i pielęgniarki.

Matki z młodszemi niemowlętami (3 — 4 m.) przychodzą co tydzień lub dwa razy w miesiącu (w zależności, kiedy poradnia jest czynna), dziecko jest ważone, mierzone i matka ma pogadankę z pielęgniarką. Lekarz nie widzi dziecka za każdą jego bytnością w poradni, ale raz na miesiąc lub 6 tygodni, (chyba, że coś zajdzie niepożądanego w zdrowiu dziecka i pielęgniarka skieruje je dodatkowo), a o ile dziecko jest w dobrym stanie, to i rzadziej. Dzieci chore nie są przyjmowane. Dziecko słabe, potrzebujące stałego leczenia lub częstszego nadzoru, kierowane jest do lekarza prywatnego lub ambulatorjum.

Do poradni przyjmowane są niemowlęta rodzin, nie posiadających stałego lekarza, a także i te, które lekarz ten skierował do poradni, przyczem może on zaznaczyć w skierowaniu, że dziecko będzie korzystało z wagi, miary i opieki pielęgniarki poradni, (pogadanka z matką, odwiedziny w domu), ale nie będzie badane przez lekarza poradni, lub też że zostanie przekazane poradni bez zastrzeżeń. W wypadku pierwszym pielęgniarka musi się skomunikować z lekarzem dziecka i ustalić z nim wytyczne odżywiania, oraz wskazówek, jakich będzie matce udzielać, a od czasu do czasu składa mu sprawozdanie ze stanu dziecka; matka zaś ma stałą kartkę z wagą i miarą dziecka, którą przedstawia swemu lekarzowi. Przy pierwszem zgłoszeniu dziecka, ustala się odrazu stosunek jego do usług poradni i pobiera się odpowiednie wpisowe (nawet w poradniach, prowadzonych przez powiat).

Z tego, co opisałam, odrazu widać, że pielęgniarka więcej czasu musi poświęcić poradni, niż lekarz. Dlatego pielęgniarka przyjeżdża przynajmniej na 2 godziny przed lekarzem. Urządziwszy poradnię, przyjmuje dzieci, które bądź do lekarza poradni wcale nie należą, bądź też nie będą badane tego dnia. Dzieci, wyznaczone na ten dzień do lekarza, przybywają później. Lekarz przyjmuje 1 — 1½ godziny. Często się zdarza, o ile poradnia jest czynna co tydzień, że lekarz przyjmuje tylko dwa razy w miesiącu. W pozostałe dni przyjmuje tylko pielęgniarka. Nawet gdy poradnia jest czynna tylko 2 razy w miesiącu, to i wtedy często lekarz przyjmuje raz w miesiącu, a jeden raz tylko sama pielęgniarka do wagi, miary i pogadanki.

Poradnia obejmuje dzieci w wieku od 0 — 2 lat. Pielęgniarka jednak nadal opiekuje się dziećmi aż do 6 lat, t. j. aż do wieku szkolnego, dopilnowując zleceń lekarskich danych podczas przyjęć, urządzanych raz lub dwa razy do roku.

O p i e k a n a d m a t k ą odbywa się w następujący sposób: Stały lekarz rodziny ma opiekę nad ciążą danej kobiety i on będzie przyjmował poród w domu lub da skierowanie do szpitala. W stanie Wisconsin akuszerek niema, porody są przyjmowane przez lekarzy przy pomocy pielęgniarki. Pomoc pielęgniarską przy porodzie i opiekę poporodową nad matką i niemowlęciem zapewni sobie rodzina, zgłaszając się do „Pielęgniarek Wizytujących”, organizacji prywatnej, pokrywającej siecią swą całe Stany, a dostarczającą opieki pielęgniarskiej na godziny chorym, nie potrzebującym

stałej pielęgnacji, a przebywającym na leczeniu w domu, oraz położnicom i noworodkom, a także ciężarnym. W wypadkach zgoła wyjątkowych do dania lekarzowi pomocy przy porodzie może być powołana pielęgniarka powiatowa. Jednak opieka nad położnicą i noworodkiem w domu jest zawsze udzielana przez pielęgniarkę powiatową, gdy rodzina jest biedna i korzysta z opieki lekarskiej na koszt gminy. Opiekę nad ciężarną roztacza pielęgniarka powiatowa.

Pacjentka, rejestrująca się w poradni dla matek, bywa ważona i mierzona (wzrost, temperatura, ciśnienie krwi), odbywa na miejscu pogadankę z pielęgniarką, która odwiedza ją w domu, za każdym razem mierząc jej temperaturę i ciśnienie krwi i robiąc analizę moczu na białko. Krew na Wassermana, o ile lekarz rodziny i pacjentka wyrazili zgodę, jest pobierana przez pielęgniarkę w poradni lub w domu. Szczegółowa analiza moczu robiona jest na wstępie, a w miarę potrzeby i później. Nocna porcja moczu dostarczona jest pielęgniarce podczas przyjęć w poradni lub wywiadu w domu. Mocz i krew badane są w laboratorjum, z którem powiat ma umowę. O wynikach badań, a także obserwacji, pielęgniarki zawiadamiają lekarzy.

A teraz parę słów o ekwipunku opisanej poradni. Stoły, ławy, krzesła, stoliki są miejscowe, należące do domu ludowego. Materacyki i parawany są własnością powiatu. Materacyki, ręczniki (wysuszone) i czyste fartuchy i pokrycia parawanów pielęgniarka chowa do kosza. Ramy parawanu i kosz zamknięty na kłódkę, pozostawia w schowanku domu ludowego. Wszystko inne zabiera ze sobą w koszu otwartym, jak do bielizny, średniej wielkości, aby się zmieścił na tylne siedzenie samochodu. Układa w nim całą bieliznę, (prześcieradła, ręczniki, fartuchy dla lekarza, dla siebie i swej pomocnicy, ceraty), materjał propagandowy (broszury, ulotki, wzory i próbki) oraz przybory: termometry, tackę, szklanki, butelki z odczynnikami i puste (na mocz), aparat do mierzenia ciśnienia krwi, taśmy do mierzenia wzrostu dorosłym i dzieciom (dla dorosłych taśmę przypina się na ścianie, dla niemowląt do blatu stołu, do którego przyśrubowuje się nieruchomą drewnianą ściankę; drugą, ruchomą przystawia się, mierząc, do nóżek dzieci dla ścisłego odczytania wyniku); wreszcie papier i kartotekę. Wagę dla matek (skrzyneczkową) wstawia się oddzielnie do samochodu. Wagę dla dzieci przewozi się w drewnianej skrzynce z takiem wnętrzem, że waga jest całkowicie ustalona i nie podlega odchyleniom przy wstrząsach jazdy lub zmianie pozycji.

Przy tak zorganizowanej pracy, pielęgniarka może obsługiwać 4 — 5 punktów. Na wywiady i do szkół także dojeżdża.

W Kanadzie, na północnym zachodzie, gdzie osiedla ludzkie są rozrzucone zrzadka i pojedyńczo (jedna farma od drugiej o 90 — 200 klm.) pielęgniarka i lekarz, czasem tylko pielęgniarka, podróżują koleją, w wagonie, zamienionym na poradnię. Wagon taki zostaje na bocznicy przez 1 — 3 dni, podczas których poradnia jest czynna. Odbywa się taki przyjazd 1 — 2 razy do roku i wszystkie możliwe porady są wówczas udzielane. Ludzie przybywają nawet z dalekich okolic. Czasem pielęgniarka przyjeżdża wezwana do położnicy, czy chorego.

W pracy pielęgniarek powiatowych należy podkreślić niezwykłą słowność i punktualność, zarówno ich samych, jak i osób współpracujących. Lekarz, który swoich parę godzin ofiarowuje często bezpłatnie, prawie nigdy nie zawodzi, ani się nie spóźnia. Nie będzie mógł przebywać dłużej w poradni,

niż się zobowiązał, ale czego sę podjął, tego dotrzyma. Pracownicy - ochotnicy, którzy pomagają, nigdy nie zapominają o dacie, a i pacjenci są słowni. Zarządy szkół, czy domów ludowych nie zapominają przygotować i ogrzać sal na dzień wyznaczony. Prawda, że rozpowszechnione telefony ułatwiają przypomnienie, czy odwołanie. Także często wyznacza się terminy pocztą.

Ale w warunkach nawet najprymitywniejszych umówiony termin jest dotrzymywany. Pamiętam taki obrazek: pielęgniarka powiatowa opiekowała się położnicą, góralką i jej noworodkiem. Chata górali położona była w wąwozie, do którego dojeżdżało się od szosy strumieniem; innej drogi nie było. Dojście pieszo z ekwipunkiem było niemożliwe już nietylko ze względu na odległość, ale na trudny teren. Dojechałyśmy autem do wylotu wąwozu; samochód pozostawiłyśmy przy moście na szosie. Zszedłszy do rzeki, spotkałyśmy naszego górala. Przeszło półtorej godziny jechaliśmy w górę dość bystrej rzeczki, zanim dobiliśmy do brzegu. Czekało nas jeszcze 2 klm. marszu starym szlakiem indjańskim. Zastałyśmy matkę już wstającą, wodę na kąpiel zagrzaną. Matka wykąpała dziecko przy pielęgniarce, która udzieliła jeszcze wskazówek, jak postępować z pępuszkiem (pępowina już odpadła). To była 5-ta wizyta pielęgniarki w tej chacie w ciągu dni dwunastu.

Pomyśleć tylko, że co drugi dzień prawie góral musiał odbywać dwa razy dziennie tę ciężką i długą drogę. Pielęgniarka, po skończonej wizycie i omówieniu dalszego postępowania, umówiła się, że za 10 dni znów przyjdzie o tej samej porze; pewna była, że góral znów na nią będzie czekał z łódką u wylotu wąwozu.

Drugi, niemniej charakterystyczny przykład spotkałam, wizytując z pielęgniarką federalną rezerwat Indjan Osaga. Przybyłyśmy autem, przebywszy ostatnie 5 km. okropną drogą poprzez las, gdzieśmy z trudem przepychały auto przez zaspy śnieżne, do polanki, stanowiącej jakby wrota do „Państwa Osagów”. Dalej już jechać autem nie można, bo drogi niema, tylko ścieżynki przez las i halizny. Najbliższa chata była o 12 km. w głębi puszczy. Puszczę tę cechują obszerne polanki, łączące się z sobą, jakby przesmykami. Porosłe krzewami i trawą są właściwie bagnami, jakie u nas można spotkać na Polesiu. Bagna te jednak nigdy nie zamarzają, bo są ciepłe. Droga przez las jest niedostępna, trzebaby ją sobie wyrąbywać. Bez przewodnika, nawet w lecie, obyć się nie można, bo szlaki, któremi można przejść przez bagna, zmieniają swój układ. Tembardziej wówczas zimą, gdy śnieg pokrył ziemię warstwą średnio na pół metra, a od kilku godzin panowała szalona zadymka. Już jadąc do rezerwatu musiałyśmy kilkakrotnie nadkładać drogi, wybierając szlaki już przetarte przez pługi śnieżne. Zwątpiłam w celowość wycieczki przy takiej pogodzie. Jednak pielęgniarka uparcie twierdziła, że nie może zawieść czekających na nią rodzin. Rzeczywiście, dotarłszy do polany, zastałyśmy czekającego w szałasie przewodnika i sanie, zaprzężone w psy. Ponieważ wskutek zadymki, droga tego dnia była specjalnie trudna, sam „Stary Niedźwiedź” przyszedł nas przeprowadzić. Na saniach jest miejsce dla jednej osoby, ale „dopasowawszy” się odpowiednio, zmieściłyśmy się obie. Tylko w miejscach trudnych, gdzie sanie nie mogły być przeciążone, jedna z nas na zmianę zsiadała i brodziła za przewodnikiem prowadzącym sanki, zapadając się wyżej kolan w śniegu. W powrotnej drodze miałyśmy dwie pary sań i każda jechała oddzielnie.

To, że pielęgniarki zawsze dotrzymują terminu bez względu na okoliczności, jest tajemnicą powodzenia ich pracy.

Parę słów jeszcze o komunikacji.

Każda pielęgniarka powiatowa, czy też inna musi posiadać własny samochód (instytucja go nie dostarcza). Oczywiście, pielęgniarka kieruje autem sama. Oprócz pensji, pielęgniarka otrzymuje miesięczną opłatę ryczałtową za używalność wozu dla celów służbowych (rata amortyzacyjna i ubezpieczenie od wypadków). Poza tem otrzymuje kwitarjusz na zakup benzyny i smarów.

Czy wprowadzenie poradni lotnych jest możliwe w Polsce w naszych warunkach?

Oczywiście, wobec złych dróg, braku licznych stacyj obsługi i bardzo drogich samochodów niema mowy o tem, aby pielęgniarka miała samochód własny, lub choćby dostarczony przez instytucję. Pozostaje zatem używanie środków lokomocji, jakie są dostępne, co zwiększy jednak stratę czasu i utrudni pracę. Ze względu na konieczność wożenia ze sobą ekwipunku dość dużego, a jednocześnie kosztownego (waga dla dzieci), nie wydaje mi się możliwe korzystanie z koleji lub autobusów. Przesiadanie się, ładowanie bagażu, w prędkim czasie doprowadziłoby ekwipunek do stanu nieużywalności. Ponadto byłoby kosztowne. Praca pielęgniarki i jej mundur nie są jeszcze tak znane, aby służba kolejowa, czy autobusowa i postronni ludzie bezpłatnie przenosili bagaż służbowy pielęgniarki, gdy tego zajdzie potrzeba.

A zatem jedyne wydaje mi się następujące rozwiązanie:

Należy obmyśleć skrzynię-kufer z mocnej dykty (5—8 mm. grubości), co zapewni lekką wagę przy dużej wytrzymałości obciążenia. Wnętrze — z przegrodą i umocnieniami dla wagi dziecięcej i reszty potrzebnego ekwipunku. Wytrzymały, nierdzewny zamek i mocne, wygodnie umieszczone rączki do dźwignięcia kufra przez 2 ludzi dopełniać winny całości. Ekwipunek poradni lotnych uzupełnia się w centralnej poradni Matki i Dziecka w mieście powiatowem. Pielęgniarka, specjalnie do tej pracy przeznaczona, wyjeżdża końmi co tydzień do coraz to innej dużej wsi czy miasteczka na terenie powiatu. Pozostaje tam 3—4 dni. Lekarz powiatowy, z miasta powiatowego, czy też miejscowy przyjeżdża do danego punktu na jedno popołudnie, tu bada wszystkie nowo zgłoszone i dawniej zarejestrowane, a wyznaczone na ten dzień do badania dzieci, przybyłe z danej miejscowości i z okolicy (w promieniu ustalonym — do 3 klm.). Pielęgniarka w ciągu reszty czasu robi wszystkie wywiady, których termin przypadł, a także i u nowych rodzin, obejmując całe osiedle i okolicę w promieniu ustalonym. Może także zorganizować pogadankę i demonstrację n. p. kąpieli dziecka dla grupy matek, urządzić przegląd lub konkurs czystości w chatach wiejskich. Należałoby, mam wrażenie, objąć pracą i higjenę szkolną, co dałoby pielęgniarce lepszy punkt zaczepienia i umożliwiłoby korzystanie z lokalu szkoły dla zainstalowania tam poradni. Także nauczycielstwo mogłoby być dużą pomocą pod każdym względem.

Oczywiście układy szczegółowe musiałyby być zrobione przez lekarza powiatowego z gminami co do dostarczania koni i mieszkania dla pielęgniarki podczas jej pobytu we wsi. Mieszkanie, wydaje mi się, powinno być płatne,

n. p. 2 — 3 zł. za 3 noce, bo to zapewni we wsi serdeczniejsze przyjęcie. Dostarczanie koni mogłoby być traktowane, jako świadczenie gminy, a może też byłoby nieco płatne, w zależności od odległości, tak, aby zbytnio nie obciążać wiosek. Z inspektoratu szkolnego należałoby uzyskać zasadniczą zgodę i wysłanie instrukcji do nauczycielstwa, zezwalającej na umieszczanie w ciągu paru dni co kilka tygodni poradni dla matki i dziecka w 1 — 2-ch ubikacjach szkolnych.

Zrozumiałe, że narazie praca pielęgniarki w terenie byłaby raczej propagandowa, zanimby, objechawszy cały powiat i dotarłszy do wszystkich wiosek i osiedli, nie uświadomiła ludności o zapoczątkowanej akcji.

Praca powinna być tak rozłożona, aby pielęgniarka 4 dni przebywała w terenie, (może być 2 dni w jednej wiosce, a następne 2 dni w sąsiedniej, o parę kilometrów dalej). Naprzykład wyjeżdża rankiem (wczesnym) w poniedziałek lub wtorek, a wraca rano w piątek lub sobotę, albo poprzedniego dnia wieczorem. Ponieważ w terenie pracuje b. ciężko (więcej, niż osm godzin dziennie) i stałe podróże w tak niewygodnych warunkach są wyczerpujące na długą metę, powinna pielęgniarka mieć jeszcze jeden dzień w tygodniu wolny, prócz niedzieli. Pozostały dzień tygodnia winien być przeznaczony na przegląd i uzupełnienie ekwipunku, złożenie sprawozdania, przygotowanie kufra, ewentualnie na pomocniczą pracę w poradni powiatowej.

O ile zatem co tydzień pielęgniarka objedzie rejon o promieniu 3 km., a czasem wyjątkowo, o ile gęstość zaludnienia jest mniejsza, dwa rejony, t. j. obszar o promieniu 5 km., należy obliczyć, ile tygodni zajmie jej pokrycie całego powiatu, zanim będzie mogła zacząć objeżdżać powtórnie. Ponieważ przerwa między bytnością pielęgniarki w żadnej miejscowości nie powinna przekraczać 8-miu tygodni, o ile praca ma być celowa, a wysiłek i koszt nie iść na marne, — należy się zorjentować, czy jedna pielęgniarka wystarczy. Możliwe, że trzeba będzie mieć dwie, a co za tem idzie i dwa ekwipunki.

Pragnę zaznaczyć jeszcze, że pielęgniarka taka musi być dobrze płatna. W mieście powiatowem, choć przebywać w niem będzie najwyżej 3 dni w tygodniu, musi mieć stały pokój mieszkalny, czyli, że podczas wyjazdu opłacać będzie dodatkowo swą kwaterę w terenie, a i utrzymanie wówczas wypada drożej. Powinna mundur nosić porządny i być dobrze wyekwipowana dla ochrony przed zimnem i wilgocią; ubranie i obuwie podczas takich ustawicznych rozjazdów prędko się niszczy. Dla tych wszystkich względów pielęgniarka powinna być dobrze wynagradzana. Przypuszczam, że pensji zasadniczej może mieć 180 zł., ale oprócz tego w czasie wyjazdów powinna otrzymywać jakieś 3 zł. diet dziennie. Oczywiście, że tragarze, furmanki, czy inne środki lokomocji płacone są przez instytucję. Fartuchy pielęgniarki, choć jej własne, winny być prane, tak jak i lekarskie, na koszt instytucji.

Oczywiście, że w miarę rozwoju działalności poradni lotnych, przyjdzie jeszcze wiele zmian i koniecznych adaptacyj do miejscowych warunków. Tutaj pozwoliłam sobie przedstawić tylko szkic. W każdym razie praca jest warta zapoczątkowania i może dać i powinna, wielkie rezultaty.

Janina Masiewiczówna
Abs. Warsz. Szkoły Piel.

Kronika pielęgniarska

Z WARSZAWSKIEJ SZKOŁY PIELĘGNIARSTWA

SPRAWOZDANIE ZA ROK 1935

wygłoszone przez p. Dyrektorkę Zofję Szlenkierówne podczas uroczystości rozdania dyplomów 26-go kwietnia 1936 roku (w streszczeniu)

W sprawozdaniu za rok 1935, jest dc zanotowania parę uzupełnień w szkoleniu, mających na celu pogłębienie i rozszerzenie przygotowania słuchaczek do przyszłej samodzielnej pracy. W październiku 1935 r. zorganizowane zostały w Domu im. Ks. Boduena, za łaskawem pozwoleniem Dyrektora zakładu Dr. Lubczyńskiego, pogadanki dla matek opuszczonych. W okresie praktyki w dziale pielęgniarstwa społecznego każda słuchaczka wygłasza pod kierunkiem instruktorki szkolnej cykl 9-ciu pogadanek 30-minutowych, obejmujący higjenę osobistą, pielęgnowanie niemowlęcia i choroby społeczne. Dzięki tym pogadankom słuchaczki oswajają się z przemawianiem, dostosowanem do różnorodnego poziomu, nabywają umiejętności popularyzowania.

W końcowym okresie praktyki w pielęgniarstwie społecznem wprowadzono praktykę w powiatowym Ośrodku Zdrowia w Raszynie, gdzie każda słuchaczka praktykuje tydzień pod kierunkiem pielęgniarki Ośrodka, absolwentki Warsz. Szkoły Pielęgniarstwa, zaznajamiając się szczegółowo z organizacją pracy Ośrodka o typie uproszczonym, najczęściej spotykanym na prowincji.

Pomyślnym faktem w roku sprawozdawczym było pozyskanie dla asystentki dyrektorki w pielęgniarstwie społecznem, p. Wandy Lankajtes, rocznego stypendjum dla odbycia studjów w Stanach Zjednoczonych, przyznanego Szkole przez Fundację Rockefellera. Celem studjów jest zapoznanie się z obecnym stanem szkolnictwa pielęgniarskiego zagranicą i zestawienie go z naszym, oraz przestudjowanie zdobytych tam w ciągu ostatnich lat doświadczeń i osiągniętych wyników, jak również metodyki szkolenia zarówno w praktyce, jak w teorji.

Poniższe cyfry wykazują liczbę dni przepracowanych w różnych zakładach i poszczególnych oddziałach, gdzie słuchaczki przechodzą kurs praktyczny oraz przeciętną liczbę słuchaczek na praktyce dziennie:

Klinika chorób wewnętrznych	3643	17.1
Kuchnia dietetyczna	561	2.6
Klinika chorób ginekologicznych	5470	16.4
Sala operacyjna	594	1.8
Sala opatrunkowa	606	1.8
Klinika położnicza	4211	12.6
Szpital im. Karola i Marji:		
Oddział niemowlęcy	2004	5.5
Oddział chirurgiczny	2766	8.11
Oddział wewnętrzny	911	12.0
Dyfteryt i obserwacja	225	
Ambulatorjum chirurgiczne	837	2.6
Ośrodek Zdrowia	3893	10.6
Pielęgnowanie chorego w domu	837	2.6
Ośrodek w Raszynie	14	
Dyżur specjalny	178	
	26750	

W czasie długotrwałego zamknięcia kliniki wewnętrznej z przyczyn nadbudowy gmachu, słuchaczki odbywały praktykę na oddziele chorób wewnętrznych w Szpitalu im. Karola i Marji.

Wznowiono praktykę słuchaczek w żłóbku. Dyrekcja pozyskała w tym celu żłóbek przy fabryce Wedla.

Wykłady teoretyczne prowadzone były przez 10 miesięcy bez przerwy z wyjątkiem Świąt Bożego Narodzenia i Wielkiejnocy. — Liczba godzin wykładowych dosięgła ogółem 1904.5 godzin, co czyni tygodniowo przeciętnie 36.6 godzin. W okresie tym przepracowano w salach wykładowych 12.345 dni przy liczbie 608 słuchaczek, odbywających wykształcenie teoretyczne. Odbyto 22 wycieczki do różnych instytucyj.

Przeciętna liczba instruktorek wraz z dyrektorką — 24, z nich jednak na pełnym etacie Szkoły jest 14, pozostałych zaś 10 instruktorek jest na etacie instytucyj, na których terenie szkolnym słuchaczki odbywają praktykę.

Przeciętna liczba słuchaczek była w roku sprawozdawczym 133.4, wzrosła w porównaniu z ubiegłym 1934 r. o 9 słuchaczek. W związku z tem interesującem będzie pokreślenie faktu znacznego wzrostu przeciętnej liczby słuchaczek w okresie od 1929 r. do 1935 roku, a mianowicie:

W roku 1929 przeciętna dzienna liczba słuchaczek była . . .	74.74
W roku 1930 „ „ „ „ „ . .	93.5
W roku 1931 „ „ „ „ „ . .	101.9
W roku 1932 „ „ „ „ „ . .	106.8
W roku 1933 „ „ „ „ „ . .	114.8
W roku 1934 „ „ „ „ „ . .	124.4
W roku 1935 „ „ „ „ „ . .	133.4

Z zestawienia tego wynika, że przeciętna dzienna liczba słuchaczek w Szkole w 1935 roku wzrosła w porównaniu z 1929 r. o 80.27%, co stało się możliwem dzięki przestronności gmachu Szkoły, bo nawet w okresach największego zapełnienia gmachu, każda słuchaczka ma zapewnioną w pokojach mieszkalnych normę kubatury powietrznej. Zwiększając liczbę słuchaczek, Zarząd Szkoły miał na uwadze z jednej strony stałe, a nawet w ostatnich czasach wciąż wzrastające zapotrzebowanie zawodowo wyszkolonych pielęgniarek, z drugiej zaś — osiągnięcie obniżenia kosztów kształcenia i utrzymania poszczególnej słuchaczki, który w porównaniu z 1929 r. obniżył się o 86.41%.

Liczba zgłoszeń kandydatek do Szkoły w ciągu roku wyniosła 468, w czem podań było 94, z tych ostatnich przyjęto 1-go marca 28 (przeciętny wiek 21.5, przeciętne wykształcenie 7.2); 11-go października 38 (przeciętny wiek 22.25, przec. wykszt. 7,5).

Wpływy Szkoły za rok 1935 były następujące:

Ministerstwo Opieki Społecznej	zł.	14.000	6.63%
Departament Służby Zdrowia M. Opieki Społecznej .	zł.	45.984.50	22.77%
Zarząd miejski m. stoł. Warszawy	zł.	40.000	18.95%
Ubezpieczalnia Warszawska	zł.	2.000	0.95%
Wpływy od słuchaczek	zł.	103.695.25	49,12%
Różne wpływy	zł.	5.452.42	2.58%
Ogółem	zł.	211.132.17	

Z zestawienia powyższego wynika, że suma opłat słuchaczek oraz własnych wpływów Szkoły wyniosła 51.70% ogółu wpływów Szkoły, przez co pierwszy raz jest większą od sumy subwencyj, która wyniosła 48.30 proc. ogółu wpływów Szkoły, co stanowi dalszy postęp na drodze samowystarczalności Szkoły. Suma wydatków w ciągu roku sprawozdawczego 1935 wyniosła zł. 237.961.09.

W dniu 14 kwietnia 1935 r. odbyła się w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa uroczystość wręczenia dyplomów 36 absolwentkom. **Ogólna zatem liczba dyplomowanych pielęgniarek Szkoły wynosi obecnie 362.**

W roku sprawozdawczym 21 słuchaczek **opuściło Szkołę** z przyczyn następujących: z własnej woli, głównie z powodu niemożności opłacania 6; z powodów zdrowia — 4; usunięte jako nieodpowiednie — 11.

Stan zdrowia słuchaczek był w roku sprawozdawczym bardzo zadowalający. Na podstawie poniżej podanych zestawień okazuje się, że dni choroby wyniosły jedynie 0.73 ogółu dni słuchaczek, na co m. in. wpłynęły na szeroką skalę udzielane urlopy zdrowotne:

Dni choroby: 358; dni urlopów zdrowotnych: 2078; dni wakacyj: 7156.

Podobnie do lat ubiegłych **zainteresowanie Szkołą** nadal się utrzymuje; w roku sprawozdawczym wyraziło się ono ogólną liczbą 366 osób, zwiedzających z kraju i zagranicy.

Zarząd Szkoły odbył w roku sprawozdawczym 5 posiedzeń, prócz tego pozostawał w stałym ścisłym kontakcie z Dyrekcją Szkoły.

Dzięki współpracy i wysiłkom **Towarzystwa Przyjaciół Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa**, 16-tu niezamożnym słuchaczkom umożliwiono wywczasy letnie, 14-tu słuchaczkom udzielono zasiłków pieniężnych, zaś 11-tu — pomocy odzieżowej.

Dyplomy otrzymały:

Kurs 25

Abłamowiczówna Joanna
Burdeko Zofja
Chudzyńska Krystyna
Czapska Ludwika
Downarowiczówna Krystyna
Garbalińska Franciszka
Holowiecka Jadwiga
Ilków Helena
Kukszówna Zofja
Maciejowska Hanna
Mazurówna Władysława
Mieczkowska Wiktorja
Niemiro Wanda
Płaczkówna Janina
Rudzińska Krystyna
Smorońska Marja
Somow Ludmila
Szwarcowa Katarzyna
Zalewska Klara

PRACE POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

Dnia 28 marca b. r. odbyło się posiedzenie Zarządu P. S. P. Z. W nieobecności prezeski, p. Lankajtes, przewodniczyła p. Jadwiga Romanowska, wiceprezeska, która zdała sprawę z prac Zarządu za 1-sze półrocze. Następujące komisje przesłały sprawozdania z prac dokonanych:

Komisja programowa zbierała się trzy razy, opracowując program XI Walnego Zjazdu, który przedewszystkiem uwzględni prace pielęgniarek na prowincji, t. j. w miasteczkach i na wsi. Jeden z referatów zgodził się wygłosić dr. M. Kacprzak. Prócz referatów, odbędą się demonstracje z pracy w chacie wiejskiej. Zarząd zatwierdził program Zjazdu, który odbędzie się 9, 10 i 11-go października b. r.

Komisja statutowo-regulaminowa zbierała się trzy razy. Rozpisała ankietę, dotyczącą zmiany statutu PSPZ. do wszystkich stowarzyszeń i kół PSPZ.

Komisja wychowawcza odbyła trzy posiedzenia. Do komisji programowej Międzynarodowej Rady Pielęgniarstwa wysłała dwa tematy na najbliższy Kongres Rady: „Wykształcenie pedagogiczne pielęgniarek“ oraz „Warunki pracy pielęgniarek wiejskich“. Opracowała program kursu dokształcającego, który odbędzie się przed Walnym Zjazdem. Kurs będzie miał na celu danie wytycznych przy urządzaniu kursów dokształcających dla pielęgniarek niedyplomowanych, mających zdawać egzamin państwowy według ustawy o pielęgniarstwie.

Komisja wypoczynkowa pracowała nad usprawnieniem wakacyj dla pielęgniarek w Busku, oraz uzyskała zniżki 50% dla pielęgniarek w uzdrowiskach państwowych. Pokoje w Busku będą w tym roku zaopatrzone w skromny inwentarz, zakupiony przez P. S. P. Z. (pościel, przybory kuchenne itd.).

Komisja balotująca odbyła jedno posiedzenie.

Do Zarządu PSPZ wpłynęły podania o przyjęcie dwu nowych Kół: Śląskiego oraz Zagłębia Dąbrowskiego. Zatwierdzenie pierwszego wstrzymano aż do załatwienia formalności statutowych, drugie — zostało zatwierdzone.

Poza tem Zarząd przedyskutował szereg spraw bieżących i opracował szereg zagadnień na XI Walny Zjazd.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Marja Starowieyska, Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.
Drukarnia „Głosu Narodu“ pod zarządem Romana Ferka.